

REVISIÓN DE LITERATURA

**AUTOCUIDADOS Y EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN
HIPERTENSIÓN. UNA REVISIÓN INTEGRADORA.**

**SELF-CARE AND THERAPEUTIC EDUCATION IN
HYPERTENSION. AN INTEGRATIVE REVIEW.**

Autores:

Balaguer Pallares, I ^a

Llagostera Reverter, I ^a

Sanchis Rico, P ^a

Aymerich Palomar, R ^a

González Peris, R ^a

Barrué García, P ^a

Salas Medina, P ^b

González Chordá, VM ^b

^a. Alumna del Grado en enfermería Universitat Jaume I.

^b. Departamento de Enfermería Universitat Jaume I.

Correspondencia: al228012@uji.es

Autocuidados y educación terapéutica en hipertensión. Una revisión integradora.

RESUMEN

Objetivo: El objetivo de este estudio fue revisar la literatura reciente relacionada a la modificación de hábitos de vida relacionados con la alimentación o el ejercicio físico para conseguir una mejor evolución de la enfermedad y conocer las mejores medidas para permitir una elevada tasa de cumplimiento de las recomendaciones.

Método: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PudMed, Lilacs, Scielo y Enfispo en Marzo de 2013. El límite temporal fue de 5 años. Se buscaron las palabras clave en título, abstract y como descriptores.

Resultados: Se obtuvieron un total de 1050 artículos, de los cuales 978 (93%) fueron excluidos. El principal motivo de exclusión fue el año de publicación, anterior a 2008. PubMed fue la base de datos con mayor número de artículos, seguida de Lilacs. Los artículos de carácter descriptivo fueron los más predominantes con un total de 35 artículos recuperados (56.45%).

Conclusiones: La dieta DASH se ofrece como una posible alternativa para el desarrollo de intervenciones relacionadas con la alimentación en pacientes hipertensos. Respecto al ejercicio físico, el programa CIMEQ parece que muestra beneficios en el control de las cifras de TA. No se han encontrado estrategias solidas que garanticen la adherencia a las recomendaciones terapéuticas relacionadas con el ejercicio físico y la alimentación. Parece necesario desarrollar investigaciones de calidad que ayuden a conocer cuáles son las mejores estrategias en educación terapéutica en pacientes con hipertensión.

Palabras Clave:

Hipertensión; Ejercicio; Alimentación; Enfermería; Adherencia terapéutica.

Self-care and therapeutic education in hypertension. An integrative review.

ABSTRACT

Objectives: The aim of this study was to review the recent literature related to the modification of lifestyle habits related to diet or exercise to get a better evolution of the disease and to know the best measures to allow a high rate of compliance with the recommendations.

Method: A bibliographical search was realized in the databases PudMed, Lilacs, Scielo and Enfispo in March, 2013. The temporary limit was 5 years. The key words were looked up in title, abstract and as describers.

Results: There were obtained a total of 1050 articles, from which 978 (93%) were excluded. The main motive of exclusion was the year of publication, previous of 2008. Pubmed was the database with major number of articles, followed by Lilacs. The articles of descriptive character were the most predominant with a total of 35 articles recovered (56.45%).

Conclusions: The DASH diet offers as a possible alternative for the development of interventions related to the feeding in hypertense patients. With regard to the physical exercise, the program CIMEQ seems that it shows benefits in the control of the numbers of TA. Solid strategies that guarantee the adherence to the therapeutic recommendations related to the physical exercise and the feeding were not found. It seems to be necessary to develop quality researches that help to know which are the best strategies in therapeutic education in patients with hypertension.

Key words: Hypertension; Exercise; Feeding; Nursing; Therapeutic adherence.

INTRODUCCIÓN

La educación para la salud (EpS) comprende tres áreas: educación sanitaria y prevención primaria, educación en su enfermedad y prevención secundaria y por último, educación terapéutica y la prevención terciaria; en la EpS se pretende incidir sobre las complicaciones, recidivas y posibles secuelas además de contribuir a la readaptación y rehabilitación del individuo.¹

La Educación Terapéutica (ET) del paciente según la OMS es *“un proceso continuo que forma parte integrante de los cuidados médicos. Comprende la sensibilización, la información, el aprendizaje del tratamiento, el soporte psicosocial, todo ligado a la enfermedad y al tratamiento. La formación debe también permitir al paciente y su familia a colaborar mejor con los profesionales. Formar al enfermo para que pueda adquirir un “savoir-faire” adecuado, a fin de llegar a un equilibrio entre su vida y el control óptimo de la enfermedad”*.¹

La definición de ET adaptada a las enfermedades crónicas está dirigida a facilitar al individuo y su entorno la adquisición de los conocimientos y habilidades necesarios para afrontar día a día su enfermedad, remarcando la importancia de los autocuidados con el objetivo de mantener el máximo nivel de autonomía posible.²

Cerca de 1.500.000.000 personas sufren Hipertensión Arterial (HTA), por lo que constituye una epidemia a nivel mundial. Un tercio de la población diagnosticada con HTA no está tratada y solamente el 12% están tratados y controlados. A partir de los 60 años de edad, la prevalencia mundial de HTA aumenta hasta el 50%³, estas cifras otorgan razones suficientes para la realización de estudios dirigidos a mejorar la educación terapéutica con el fin de disminuir los datos anteriormente mencionados. En España, se considera que aproximadamente el 35% de la población adulta es hipertensa⁴.

En el caso de la HTA la educación terapéutica debe dirigirse a enseñar al sujeto, a modificar aquellos hábitos de vida no saludables, relacionados con la

alimentación, el ejercicio, o el tratamiento farmacológico, entre otros, con lo que se permita una mejor evolución de la enfermedad y reduzcan el riesgo de la aparición de complicaciones relacionadas con la enfermedad, de forma que la persona sea capaz de mantener su nivel de salud de forma autónoma.

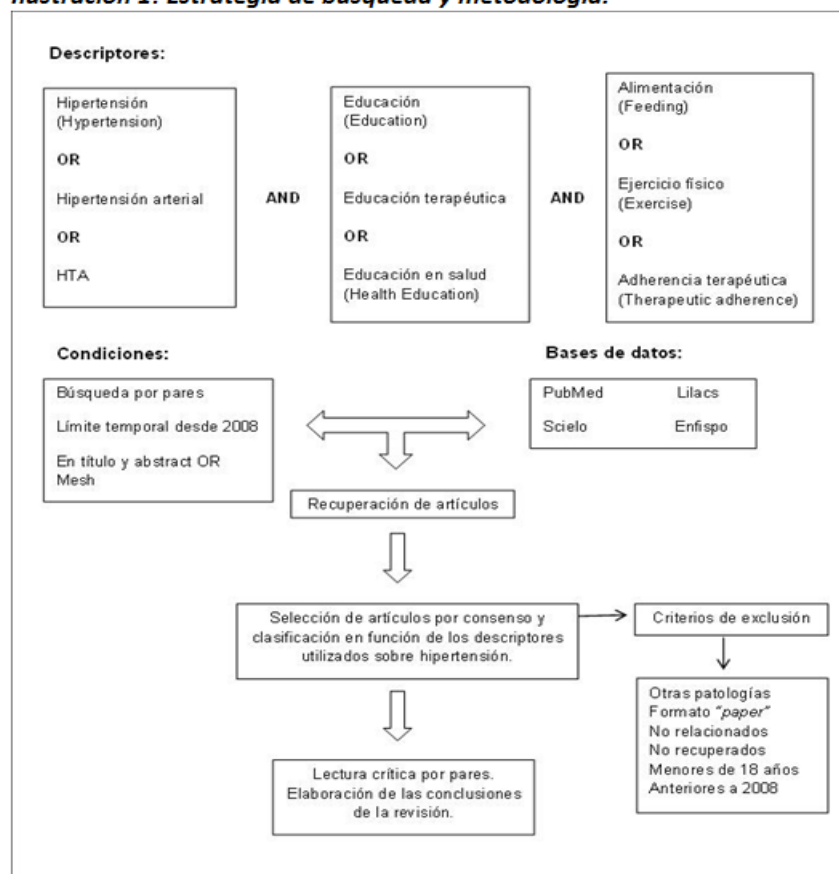
Al igual que en otras enfermedades crónicas, los profesionales de la salud responsables de la ET deben tener una formación adecuada relacionada con: la enfermedad, la pedagogía, la psicología, habilidades de comunicación y competencia cultural, para ser capaces de transmitir la ET adecuada tras adaptar las técnicas de enseñanza a los ritmos individuales de cada sujeto.²

El objetivo de este trabajo consiste en revisar los estudios relacionados con la educación terapéutica y los autocuidados en pacientes con hipertensión. Se pretende conocer cuáles son las mejores medidas para permitir una elevada tasa de cumplimiento de las recomendaciones, así como la detección de posibles áreas de investigación.

MÉTODO

Se llevó a cabo una revisión integradora de la literatura. En primer lugar, se concretaron los descriptores a utilizar en la búsqueda bibliográfica sistematizada a través de una consulta mediante el vocabulario estandarizado y trilingüe DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) de la Biblioteca Virtual en Salud y de los Medical Subjects Headings (Mesh) de la Biblioteca Nacional de Estados Unidos, tras consenso por el grupo de investigación.

Una vez acordada la estrategia de búsqueda, se ejecutó en las bases de datos PubMed, Lilacs, Scielo y Enfispo en Marzo de 2013. El límite temporal fue de 5 años y se buscaron las palabras clave en título y abstract, además de como descriptores. Puede consultarse el resumen de la estrategia de búsqueda utilizada en la ilustración 1.

Ilustración 1: Estrategia de búsqueda y metodología.

La revisión bibliográfica fue realizada por pares en todas las bases de datos y se compararon los resultados obtenidos, los mismos investigadores intentaron recuperar el texto completo, o al menos el *abstract*, de cada uno de los artículos en diferentes fondos documentales. Otros dos investigadores seleccionaron por consenso los artículos incluidos en el estudio. Los criterios de exclusión fueron artículos que trataban sobre varias patologías, artículos con formato de "paper" o ensayo, artículos que no se encontraban relacionados directamente con el objetivo del trabajo, los que no pudieron ser recuperados, los relacionados con menores de 18 años y los artículos anteriores a 2008. En caso de desacuerdo entre los investigadores encargados de la selección de los trabajos, la aceptación o rechazo de los artículos se realizó por consenso del grupo de investigación.

Una vez seleccionados los artículos, éstos fueron separados en función de los descriptores utilizados en la búsqueda sobre los aspectos relacionados con la educación terapéutica (alimentación, ejercicio físico, adherencia terapéutica)

y dependiendo de su naturaleza, se clasificaron en estudios cualitativos, descriptivos, cuasi experimentales, experimentales, revisiones sistemáticas y otros (N=1, revisión integradora, etc.). Se realizó la lectura crítica de los artículos por pares de investigadores para elaborar las conclusiones de la revisión bibliográfica.

RESULTADOS

Tras realizar la búsqueda en las diferentes bases de datos se obtuvieron un total de 1050 artículos, de los cuales fueron aceptados a revisión 57 artículos (5.4%), excluyéndose los 993 restantes (94.6%). El principal motivo de exclusión fue el año de publicación, anterior a 2008, en el 62% de los casos (n=617), seguido de los artículos que no estaban relacionados directamente con el tema de la revisión en el 25.9% de los casos (n=257). El 50.2% de los artículos fueron localizados en la base de datos PubMed (n=527), seguida de Lilacs con el 46.5% (n=488). En la Tabla 1 puede verse la distribución de los artículos recuperados en cada base de datos y la cantidad de artículos excluidos y los motivos de exclusión.

Tabla 1: Resultados de la búsqueda.

Base de datos	Artículos			Artículos excluidos por criterios de exclusión					
	Búsqueda	Incluidos	Duplicados	Paper	Otras patologías	Año publicación	No recuperados	No tema estudio	Edad <18 años
PubMed	527	31	0	2	29	315	2	148	0
Lilacs	488	24	7	8	37	299	1	99	13
Enfispo	22	1	0	1	0	0	15	5	0
Scielo	13	1	3	0	1	3	0	5	0
TOTAL	1.050	57	10	11	67	617	18	257	13

Los estudios de carácter descriptivo fueron los más predominantes en el conjunto de artículos incluidos a revisión con un total de 32 artículos recuperados (56.14%) y seguida de las clasificadas como otros, en el 15.79% de los casos (n=9).

Con el descriptor Alimentación (*Feeding*), se encontraron un total de 5 artículos, siendo la investigación de tipo cualitativa la más predominante con un 3.51% (n=2). Los resultados para el descriptor Ejercicio Físico (*Exercise*) fueron un total de 10 artículos (17.54%) de los cuales predominaron los

estudios englobados en la categoría de otros con un 8.77% (n=5), seguido de los estudios descriptivos en el 7.02% de los casos (n=4).

De los doce artículos localizados con el descriptor Adherencia Terapéutica (*Therapeutic Adherence*) el 17.54% se clasificaron como investigación descriptiva. Debido a que la mayoría de los artículos recuperados en las bases de datos tratan de forma general la educación terapéutica en pacientes hipertensos, sin centrarse en aspectos concretos como la alimentación, el ejercicio físico o la adherencia al tratamiento, han sido agrupados en una categoría que se ha calificado de "educación general".

Los resultados para esta categoría han sido los más representativos de todo el conjunto con un total de 52.63% (n=30) artículos incluidos en la revisión tras aplicar los criterios de exclusión. En esta categoría predominan los trabajos de carácter descriptivo con un 29.82% (n=17) y las investigaciones de tipo experimental (n=6) en un 10.52% de los casos. En la Tabla 2 puede verse la relación entre el tipo de investigación y los descriptores utilizados para la búsqueda.

Tabla 2: Tipo de investigación según descriptores.

Tipo de investigación	Descriptores de hipertensión arterial								TOTAL	
	Alimentación		Ejercicio		Adherencia		Ed. general			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cualitativa	2	3.51	0	0	0	0	3	5.26	5	8.77
Descriptiva	1	1.75	4	7.02	10	17.54	17	29.82	32	56.14
Experimental	0	0	0	0	1	1.75	6	10.52	7	12.28
Cuasi-experimental	0	0	1	1.75	0	0	2	3.51	3	5.26
Revisión sistemática	1	1.75	0	0	0	0	0	0	1	1.75
Otros	1	1.75	5	8.77	1	1.75	2	3.51	9	15.79
TOTALES	5	8.77	10	17.54	12	21.05	30	52.63	57	100%

DISCUSIÓN

Gran parte de los artículos recuperados en las bases de datos tratan de forma general la educación terapéutica en pacientes hipertensos, sin centrarse en aspectos concretos como la alimentación, el ejercicio físico o la adherencia al tratamiento. Estos artículos han sido agrupados en una categoría que se ha denominado "educación general".

Los estudios encontrados referentes a la categoría "educación general"

son principalmente de carácter descriptivo⁵⁻¹³ o cualitativos¹⁴⁻¹⁸, pero también se han encontrado estudios cuasiexperimentales¹⁹⁻²⁰ y ensayos clínicos²¹⁻²², otros tipos de estudios (principalmente revisiones de la literatura)²³⁻²⁹ y una revisión sistemática³⁰.

Un estudio descriptivo transversal⁵ afirma que en los países desarrollados los programas de control de HTA se realizan con criterios claros y unificados. Los resultados de este trabajo muestran que las mujeres son quienes más asisten a los programas de hipertensión. En otro estudio cualitativo¹⁰ se concluye que la mujer juega un rol importante en el desarrollo de prácticas de cuidado de la salud y que el nivel de escolaridad genera grandes diferencias en las necesidades y expectativas de educación para la salud de los individuos, lo que exige estrategias contextualizadas para el logro de los objetivos en las actividades de educación para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.⁵

Realpe Delgado et al⁶ concluyen que la mayoría de los usuarios resaltan la importancia de los controles de las cifras tensionales, ligada a la entrega de medicamentos y orden de laboratorio, manifestando además satisfacción con estos aspectos. Sin embargo, en este estudio los sujetos no otorgaron la misma relevancia a las actividades encaminadas a fortalecer los hábitos saludables. Vázquez Vigoa et al³ concluyen que las personas con HTA tienen una falta de interés en el aprendizaje de su problema de salud, lo que puede conducir a la falta de adherencia al tratamiento y a la aparición de complicaciones posteriores.

Por otra parte, el personal de enfermería parece que juega un papel importante en la detección de personas hipertensas no controlados y puede mejorar la adherencia al tratamiento y hábitos de vida saludables. Destacan la importancia de enfermería en el control de la enfermedad, especialmente en la educación terapéutica y el seguimiento de la persona hipertensa^{6,8,19}.

La red familiar es la que más destaca en la ayuda y el apoyo a la persona hipertensa durante el curso de la enfermedad, según aportan los resultados de

dos estudios cualitativos^{15,16}, donde se observó que durante la enfermedad, la hipertensión tiene el apoyo de redes informales relacionadas con la familia, amigos, compañeros de trabajo, valores y creencias religiosas, más allá de la red formal representada por los profesionales de la salud. Se sabe que en situaciones de enfermedades crónicas, cuando las familias no proporcionan el apoyo necesario el tratamiento es mucho menos efectivo. Ésta última aclaración se apoya en un estudio cualitativo desarrollado por Lopes y Marcón¹⁶, remarcando que si el paciente es dependiente aparece la sobrecarga en el cuidador, pero cuando no lo es, la participación de la familia solo se centra en controlar la medicación y acompañar al familiar al médico. En algunos casos, los miembros de la familia se ajustan a un cambio de hábitos en la alimentación y el ejercicio físico.

Se han localizado pocos trabajos que estudien el impacto de una intervención educativa centrada en la modificación de hábitos alimenticios en pacientes adultos con hipertensión. No se ha encontrado ningún estudio que compare los resultados de dos intervenciones educativas centradas en la modificación de hábitos alimentarios que reduzcan los niveles de sodio.

Por otra parte, en varios estudios se evidencian los beneficios que puede proporcionar de la dieta DASH (Dietary Approach to Prevent and Treat Hypertension), basada en un aumento de la cantidad de frutas y verduras, la reducción del consumo de sal, la disminución de la cantidad de calorías que induce a pérdida de peso, la actividad física regular, la moderación en la ingesta de alcohol, el aumento en la ingesta de potasio y consumo de una dieta total saludable^{31, 35,36}.

Ayala et al³¹ observaron en su estudio que el fomento de la lectura de las etiquetas de los alimentos reducía la ingesta de alimentos procesados y los de alto contenido en sal. Aun así, concluye que esta medida es insuficiente para disminuir la ingesta en gran parte de la población.

Un estudio cualitativo³⁴ realizado en Chile concluye que existe dificultad para la implementación de dietoterapia en pacientes crónicos debido a la alta valoración que tienen de sus costumbres alimentarias y de la no aceptación de

las dietas "occidentales". Las tradiciones relacionadas con la alimentación pueden ser una barrera a la hora de modificar los hábitos alimentarios.

Se ha demostrado que existe una relación entre el nivel educativo y los ingresos de cada individuo afectando a la capacidad para comprar alimentos frescos bajos en sodio^{31, 36}. Entre 2005 y 2008, un grupo de investigadores estadounidenses realizó un estudio descriptivo³¹ en el que observaron que las personas jóvenes, sobretodo estudiantes, que viven cerca de empresas *fastfood* son más propensos a consumir alimentos con altos contenidos en sal, un problema que se asocia no sólo con la obesidad juvenil, sino también con un aumento de la probabilidad de malos hábitos alimenticios que pueden repercutir en la aparición temprana de hipertensión arterial.

Un estudio descriptivo transversal³² concluye que los resultados de los trabajos parecen indicar que las intervenciones nutricionales para el mejor manejo de la HTA ofrecen unos resultados escasos, considerando insuficiente la extensión del consejo sanitario dado a los hipertensos, y recomendando mejorar la metodología del consejo para hacerlo más efectivo.

Los resultados relacionados con el descriptor ejercicio físico no han sido muy abundantes. A pesar de ello, merece la pena destacar los resultados de un estudio cuasi experimental del tipo antes-después realizado por García Belgado³⁷, en el cual se aplica el Programa General de Acondicionamiento Físico CIMEQ, que consiste en un plan de ejercicios basados en actividades aeróbicas, realizadas 3 o más veces por semana de acuerdo con la capacidad funcional en cada caso.

La muestra de este estudio fue de 112 pacientes, entre 18 y 65 años, con unas cifras de tensión arterial entre 140/90 y 180/110 mmHg con tratamiento y sin él. Las variables de estudio fueron edad, sexo, raza, peso, talla, porcentaje de grasa y masa corporal activa, IMC, la frecuencia cardiaca y diversas pruebas de laboratorio.

Los resultados a los 6 meses de la intervención concluyen que la actividad física logra reducir las cifras de tensión entre 5 y 21 mmHg. Cuando se suma una buena alimentación y una vida saludable se observan reducciones

de las cifras de TA con valores superiores al 50%. En la HTA leve y la moderada, después de unas semanas de ejercicio físico hubo una disminución de 8 a 10 mmHg de la tensión sistólica y de 5 a 8 mmHg de la diastólica en reposo. La composición corporal de los pacientes (peso, talla, porcentaje en grasa, IMC) y el perfil hematológico (glucemia, colesterol total, HDL colesterol, triglicéridos y creatinina) redujeron sus cifras. Por otra parte, cabe decir que no se muestran resultados relacionados con la adherencia al programa a medio o largo plazo.

Una revisión integradora³⁹ afirma que a la hora de efectuar el ejercicio físico, el aeróbico proporciona una mayor reducción y duración de la TA en comparación con el ejercicio resistido. Sin embargo, se deben evitar ejercicios de larga duración, ya que podría provocar una elevación de la TA.

Para el descriptor adherencia terapéutica se ha localizado entre otros, varios estudios descriptivos⁴²⁻⁴⁸ Los resultados de estos estudios muestran que factores como el sexo masculino, la escolaridad, la soledad, las terapias combinadas o la subvaloración de la enfermedad indujeron a la no adherencia del tratamiento antihipertensivo.⁴⁹

Un estudio descriptivo realizado en el Policlínico Universitario "Manuel Fajardo" clasifica a los pacientes según su nivel de adherencia en tres niveles: total, parcial y no adheridos, predominando los adheridos totales en relación con los demás⁵⁰. Según sus resultados, los factores más frecuentes relacionados con la no adherencia son: la ocupación, las creencias negativas de los pacientes con respecto a la enfermedad y el tratamiento, los efectos indeseables de los medicamentos, el olvido, los modos de afrontamiento no productivos y la insuficiente satisfacción con la atención médica recibida.

Otro estudio descriptivo⁴² de acuerdo con la Canadiense Hypertension Society, muestra que a pesar de la disponibilidad de tratamiento eficaz, más de la mitad de los pacientes tratados por hipertensión abandonan la atención completamente tras un año del diagnóstico. El 50% de los pacientes que permanecen bajo supervisión médica, toman sólo el 80% de los medicamentos

prescritos. Como resultado, el 75% de los pacientes con un diagnóstico de la hipertensión no logran un control óptimo de presión arterial debido a la baja adherencia al tratamiento contra la hipertensión. Los autores afirman que las enfermeras representan una fuerza formidable en la mejora de la adherencia y cuidado mediante la comprensión de la dinámica de cumplimiento, y el empleo de técnicas de evaluación y seguimiento de los problemas de la falta de adherencia.

Pereira Borges et al⁵¹ estudian en su trabajo los cuestionarios validados que están siendo utilizados para evaluar la adherencia al tratamiento de la HTA. Los autores concluyen que cada país utiliza un método distinto de análisis y que al no haber un instrumento de medida que se adecue a todos los estudios y resultados, éstos no pueden ser comparados.

Esta revisión no está exenta de limitaciones. Por una parte, se podría haber ampliado la búsqueda a otras bases de datos como CINHALL o ERIC. Por otra parte, llama la atención la gran cantidad de artículos excluidos, pero debe tenerse en cuenta que la principal causa de exclusión fue el límite temporal, debido a que en la mayoría de las bases de datos utilizadas no se permite concretar este ítem. Muchos otros artículos han sido excluidos porque tenían asociación con otras patologías como insuficiencia renal o diabetes. Se decidió incluir este criterio debido a que la pluripatología puede dificultar la educación terapéutica y el objetivo de este trabajo se centraba en los pacientes con HTA.

Respecto a los descriptores utilizados, se concretaron en un principio la alimentación, el ejercicio físico y la adherencia terapéutica, pero tras analizar la metodología utilizada y los resultados del trabajo, parece conveniente ampliar la búsqueda utilizando descriptores relacionados con otros factores de riesgo en HTA como el tabaquismo, el consumo de alcohol y la obesidad. Cabe decir que no se ha realizado truncamiento de los descriptores en la búsqueda ni se han revisado las referencias bibliográficas de los artículos recuperados, lo que puede haber limitado la obtención y recuperación de artículos relevantes.

La lectura crítica de los trabajos incluidos en esta revisión se realizó para elaborar la discusión y conclusiones, sin utilizar ninguna herramienta de evaluación de la calidad de los estudios ni criterios de exclusión en este

sentido. Esta limitación puede haber influido en las conclusiones obtenidas, al ser posible que se hayan incluido estudios de baja calidad metodológica.

Por otra parte, la escasez de artículos de tipo cualitativo muestra la insuficiente información por parte del personal sanitario a cerca de la visión que tienen los pacientes de su enfermedad, lo que hace más difícil plantear una intervención adecuada para alcanzar los objetivos. Se ha encontrado resultados similares en otra revisión de literatura relacionada con la educación terapéutica, los autocuidados y la diabetes².

El proceso educativo es una acción política y social, cuyos métodos y técnicas deben fomentar la evolución, el equilibrio y la autonomía de los individuos involucrados. En este contexto, la educación para la salud no debe ser exclusivamente dar información, sino que debe llevar al usuario a reflexionar y proporcionarle las herramientas adecuadas para que pueda decidir sobre su propia vida y sobre el manejo del proceso salud-enfermedad.

La alimentación basada en la dieta DASH puede considerarse una alternativa para el desarrollo de intervenciones relacionadas con la alimentación en pacientes hipertensos ya que se basa en una alimentación saludable rica en frutas y verduras. El fomento de la lectura de las etiquetas de los alimentos puede ayudar a reducir la ingesta de alimentos procesados y ricos en sal. Respecto al ámbito del ejercicio físico, el Programa General de Acondicionamiento Físico CIMEQ, puede proporcionar efectos terapéuticos a los pacientes hipertensos reduciendo de las cifras de TA, más aún si se complementa con una alimentación equilibrada y un estilo de vida saludable.

No se han encontrado estrategias solidas que garanticen la adherencia a las recomendaciones terapéuticas relacionadas con el ejercicio físico y la alimentación. Aunque cabe decir que los factores relacionados que influyen en la adherencia a las recomendaciones son ampliamente estudiados en la literatura consultada. Pueden encontrarse diferentes factores relacionados con la adherencia a las recomendaciones de nutrición y ejercicio físico, pero de forma general parece que los factores en los que existe más consenso son los biológicos, psicológicos, culturales y sociales. Por esta razón, la adherencia terapéutica podría consolidarse mediante la participación activa de los

pacientes en su plan de tratamiento y responsabilizándose de él. La familia es el apoyo más importante y la realización de actividades colectivas como grupos de autoayuda y la práctica de actividad física grupal tiene efectos positivos para el cumplimiento del tratamiento.

Debería tenerse más en consideración la asociación de otros factores como las desaprobaciones de los individuos respecto a enfermedad-tratamiento y la falta de complacencia con la atención sanitaria recibida ya que afecta negativamente a la adherencia terapéutica. En general, parece que la población da prioridad a las intervenciones farmacológicas dejando a un lado las recomendaciones para seguir un patrón de vida adecuado lo que hace más difícil la adherencia terapéutica así como un bajo nivel educativo e ingresos económicos deficientes afectando sobre todo al ámbito de la alimentación.

El análisis de los resultados hace evidente la necesidad de desarrollar investigaciones de calidad que ayuden a plantear cuáles son las intervenciones educativas más eficaces en pacientes con hipertensión con el objetivo de promover estilos de vida saludables mediante el fomento del ejercicio físico y la alimentación sana para lograr la adherencia terapéutica y mejorar los autocuidados.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Korta Murua J. Monografía asma y educación. Curso para educadores en asma. 3º ed. Grupo de Asma y Educación. 2006 [acceso 2 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://mail.respirar.org/pdf/gae/curso2006.pdf#page=65>
2. González Chordá VM, Salas Medina P, Mena Tudela D, Gimeno Cardells A. Autocuidados y educación terapéutica en diabetes. Una revisión bibliográfica. Rev. RECIEN [internet] 2012 noviembre [acceso 02 de marzo de 2013]; 5. Disponible en: <http://www.recien.scele.org/>
3. Vázquez Vigoa A, Fernández Arias MA, Cruz Álvarez NM, RosellóAzcanio Y, Pérez Caballero MD. Percepción de la hipertensión arterial como factor de riesgo. Aporte del día mundial de lucha contra la hipertensión arterial. Rev cubana med [internet] 2006 [acceso 2 de marzo de 2013]; 45(3).
4. Sociedad Española de Arterioesclerosis. Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras. Visto Bueno Equipo Creativo, S.L. Españ2007.
5. Restrepo Mesa SL, Torres Marín BP, Bernal Álvarez T, Muñoz Galeano ME, Ocampo Hincapié LM, Alvarado Ramírez MA. ¿Contribuyen los programas de prevención y tratamiento de la hipertensión arterial al control de la enfermedad?. Rev. Perspectivas en Nutrición Humana [internet] 2008 enero-junio [acceso: 22 de febrero de 2013] 10(1): [páginas 51-62]. Disponible en: <http://revinut.udea.edu.co/index.php/nutricion/article/view/9365/8622>
6. Realpe Delgado C, González Robledo MC, Vélez Álvarez C, Cerezo Correa M, Paz Delgado AL, Muñoz Sánchez LP, Quintero Álvarez L, Vélez Baena SC. Acceso al programa de hipertensión en el sistema general de seguridad social en salud, 2008. Rev. Hacia la promoción de la salud [internet] 2008 enero-diciembre [acceso: 2 de marzo de 2013] 13 [páginas 195-209]. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista13_12.pdf
7. Coelho Leite Fava SM, Silva de Figueiredo A, Bonamichi Franceli A, Suely Nogueira M, Eliana C. Diagnóstico de enfermería y propuesta de intervenciones para cliente con hipertensión arterial. Rev. Enferm UERJ [internet] 2010 octubre-diciembre [acceso: 2 de marzo de 2013] 18(4) [536-40]. Disponible en: <http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a06.pdf>
8. Oliveira EA, Bubach S, Flegeler DS. Perfil de hipertensos en una unidad de

- salud de la familia. Rev. Enferm UERJ [internet] 2009 julio-septiembre [acceso: 3 de marzo de 2013]; 17(3): [383-7]. Disponible en: <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a15.pdf>
9. Lopes Custódio I, Teixeira Lima FE, de Almeida MI, de Fátima da Silva L, Macedo Monteiro AR. Perfil sociodemográfico y clínico de un equipo de enfermería con presión alta. Rev. Bras. Enferm [internet] 2011 enero-febrero [acceso: 2 de marzo de 2013] 64(1). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100003
10. Noohi F, Sarrafzadegan N, Khosravi A, Andalib E and The First Recommendation on High Blood Pressure Working Group. The first Iranian recommendations on prevention, evaluation and management of high blood pressure. Rev. ARYA [internet] 2012. [acceso: 6 de marzo de 2013] 8(3) [97-118]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3557580/>
11. Mentz G, Schulz AJ, Mukherjee B, Ragunathan TE, White Perkins D, Israel BA. Hypertension: Development of a prediction model to adjust self-reported hypertension prevalence at the community level. Rev. BMC Health Serv Res [internet] 2012 septiembre [acceso: 6 de marzo de 2013] 12(312). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22967264>
12. Baghianimoghadam M, Aivazi S, Mzloomy SS, Baghianimoghadam B. Factors in relation with self – regulation of Hypertension, based on the Model of Goal Directed behavior in Yazd city. Rev. J Med vida [internet] 2011 febrero [acceso: 6 de marzo de 2013]; (4)1 [30-35]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3056420/#sec1-3title>
13. Manzini F.C, Simonetti J.P. Consulta de enfermería aplicada a clientes portadores de hipertensión arterial: uso de la teoría del auto cuidado de orem. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2009 enero-febrero [acceso: 3 de marzo de 2013]; 17(1): [113-119]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000100018&script=sci_arttext&tlng=es
14. Berenzon-Gorn S, Saavedra-Solano N, Alanís-Navarro S. Estrategias utilizadas por un grupo de mujeres mexicanas para cuidar su salud emocional: autoatención y apoyo social. Rev. Salud pública Méx [Internet]. 2009 diciembre [acceso: 3 de marzo de 2013]; 51(6): [465-473]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000600005&lng=es
15. Faquinello P, Marcon S.S, Waidmann MA. P. La red social como estrategia

- de apoyo a la salud del hipertenso. Rev. Bras. Enferm [internet] 2011 [acceso: 2 de marzo de 2013]; 64(5) [849-856]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000500008&script=sci_abstract&tlng=es
16. Lopes M.C, Marcon S.S. Arterial hypertension in the family: the need for family care. Rev. Esc Enferm USP [internet] 2009 junio [acceso: 2 de marzo de 2013] 43(2) [343-50]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19655675>
17. Tomasik T, Windak A, Jozwiak J, M Oleszczyk, Seifert B, Kersnik J, Kryj Radziszewska-E. Treatment of hypertension in central and eastern European countries: self-reported practice of primary care physicians. Rev. J Hypertens [internet] 2012 agosto [acceso: 3 de marzo de 2013]; 30(8) [1671-1678]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22688269>
18. Margolius D, Wong J, Goldman ML, Rouse-Iniguez J, Bodenheimer T. Delegating responsibility from clinicians to nonprofessional personnel: the example of hypertension control. Rev. J Am Board Fam Med [internet] 2012 marzo-abril [acceso: 3 de marzo de 2013]; 25(2) [209-215]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22403202>
19. Doyle J, Severance-Fonte T, Morandi-Matricaria E, Wogen J, Frech-Tamas F. Improved blood pressure control among school bus drivers with hypertension. Rev. Popul Health Manag. [internet] 2010 abril [acceso: 2 de marzo de 2013]; 13(2) [97-103]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20415620>
20. Beune E.JAJ, Bindels P.JE, Mohrs J, Stronks K and Haafkens J.A. Pilot study evaluating the effects of an intervention to enhance culturally appropriate hypertension education among healthcare providers in a primary care setting. Rev. Implementation Science [internet] 2010 [acceso: 2 de marzo de 2013]; 5(35). Disponible en: <http://www.implementationscience.com/content/5/1/35>
21. Haafkens JA, Beune EJA, Moll van Charante EP, Agyemang CO. A cluster-randomized controlled trial evaluating the effect of culturally-appropriate hypertension education among Afro-Surinamese and Ghanaian patients in Dutch general practice: study protocol. Rev. BMC Health Services. Res [internet] 2009 octubre [acceso: 3 de marzo de 2013]; 9(193) [6963-9]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19849857>

22. Kim M.T, Eun-Young Kim, Han HR, Jeong S, Lee J.E, Park H.J, Kim K.B, and Hill M.N. Mail Education Is as Effective as In-Class Education in Hypertensive Korean Patients. Rev J Clin Hypertens [internet] 2008 marzo [acceso: 3 de marzo de 2013]; 10(3): [176–184]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18326962>
23. Leyva-Jiménez R, Venegas-Escobedo OE, Medel-Delgado AG. Self-care ability in the hypertensive patient control. Rev. Invest Clin [internet] 2011 julio-agosto [acceso: 3 de marzo de 2013]; 63(4) [376-381]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22364037>
24. Hacıhasanoğlu R, S Gözüml. The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting. Rev. J Clin Enfermeria [internet] 2011 marzo [acceso: 2 de marzo de 2013]; 20(5-6) [692-705]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21320198>
25. Rowena J Dolor, William S Yancy Jr, William F Owen, David B Matchar, Gregory P Samsa, Kathryn I Pollak, Pao- Hwa Lin, Jamy D Ard, Maxwell Prempeh, Heather L McGuire, Bryan Batch, William Fa, Laura P Svetkey. Hypertension Improvement Project (HIP): study protocol and implementation challenges. Trials [internet] 2009 febrero [acceso: 6 de marzo de 2013]; 10(13). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19245692>
26. Achiong Estupiñán FJ, Olano Moreno M, Fong Ramírez E, Alfonso León JA, Achiong Alemañy M, Achiong Alemañy F. Intervención en hipertensos no controlados pertenecientes a la provincia de Matanzas en el año 2010. Rev Cubana Hig Epidemiol [internet] 2011 septiembre-diciembre [acceso: 3 de marzo de 2013]; 49(3): [373-383]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300006
27. Walsh JM, Sundaram V, McDonald K, Owens DK, Goldstein MK. Implementing effective hypertension quality improvement strategies: barriers and potential solutions. Rev. J Clin Hypertens [internet] 2008 abril [acceso: 17 de marzo de 2013]; 10(4) [311-6]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18401229>
28. Moreira Moura DJ, Firmino Bezerra ST, Magalhães Moreira TM, de Melo Fialho AV. Atención de enfermería al cliente con hipertensión: una revisión

- bibliográfica. Rev. bras. Enferm [internet] 2011 julio-agosto. [acceso: 20 de marzo de 2013] 64(4): [759-65]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000400020
29. Mota Pereira de Menezes AG, Gobbi D. Educación en salud y el Programa Salud de la Familia: enfermería en la prevención de complicaciones en pacientes hipertensos. Rev. O mundo da Saúde [internet] 2010 enero-marzo [acceso: 20 de marzo de 2013]; 34(1) [páginas 97-102]. Disponible en: <http://www.saocamilo-sp.br/novo/publicacoes/publicacoesSumario.php?ID=74&rev=s&sum=1382&idioma=es>
30. Glynn LG, Murphy AW, Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. 2010 marzo [acceso: 20 de marzo de 2013] (3). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20238338>
31. Ayala C, Tong X, Valderrama A, Ivy A, N Keenan. Actions Taken to reduce sodium intake among adults with self-reported hypertension: health styles survey, 2005 and 2008. The journal of clinical hypertension. 2010; 12 (10): 793-99.
32. Abarca López, M^aJ; Arribas Gutiérrez, AR; Carrasco Rodríguez, J; López de Castro, F; Millán Olmo, A; Sáez Torralba, E. Consejos sanitarios y cumplimiento de los mismos en pacientes hipertensos. Enfermería 21. 2013; 15 (4).
33. Sheahan, SL; Fields B. Restricción dietética de sodio, el conocimiento, las creencias y el comportamiento de la toma de decisiones de las mujeres mayores. Universidad de Kentucky, Facultad de Enfermería, Lexington, Kentucky 40536-0232, EE.UU.
34. Patricio Oliva, M; Kristian Buhning B. Problemas de adherencia a dietoterapia en pacientes hipertensos pehuenches. Rev Chil Nutr. 2011; 38 (3): 285-89.
35. Satterfield, G; Anderson, J; C Moore. La evidencia que apoya la incorporación de los enfoques dietéticos para detener la hipertensión (DASH) el patrón de alimentación en tiempos auto -gestión de programas: una revisión. Universidad de Mujeres de Texas, Houston, TX, EE.UU.
36. Velásquez de Correa, G; López Gómez, LM. Hipertensión y su relación con el sodio, el potasio, el calcio y el magnesio. Perspect. nutr. Hum. 2006; ene-jun (15): 47-66.
37. Garcia Delgado JA, Pérez Coronel PL, Chí Arcia J, Martínez Torrez J, Pedroso Morales I. Efectos terapéuticos del ejercicio físico en la hipertensión

- arterial. Rev cubana med [internet]. 2008 julio-agosto [acceso: 7 de marzo de 2013]; 47(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232008000300002&script=sci_arttext
38. Gomes Guedes N, Olivera Lopes MV. El ejercicio en pacientes con hipertensión. Rev. Gaúcha enferm [internet] 2010 junio [acceso: 3 de marzo de 2013]; 31(2). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000200023
39. Gomes Anunciação P, Doederlein Polito M. Hipotensión Post-ejercicio en Individuos Hipertensos: una Revisión. Rev Arq Bras Cardiol [internet] 2011 [acceso: 5 de marzo de 2013]; 96(5): [100-109]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/abc/v96n5/es_aop01611.pdf
40. Moraga Rojas C. Prescripción de ejercicio en pacientes con hipertensión arterial. Rev. costarric. Cardiol [internet] 2008 enero-diciembre [acceso: 17 de marzo de 2013]; 10(1-2): [19-23]. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-41422008000100004&script=sci_arttext
41. Cristine Bündchen D, Zulianello dos Santos R, Antunes MH, De Souza CA, Haddad Herdy A, Benetti M, De Carvalho T. Qualidade de Vida de Hipertensos em Tratamento Ambulatorial e em Programas de Exercício Físico [Internet]. Rev Bras Cardiol. 2010;23(6):344-350novembro/dezembro. [acceso 6 de marzo de 2012]. Disponible en: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2010_06/a2010_v23_n06_05daiana.pdf
42. Jayasinghe J. Non-adherence in the hypertensive patient: can nursing play a role in assessing and improving compliance?. Rev. Can J Cardiovasc Nurs [Internet] 2009 [acceso 6 de marzo de 2013]; 19(1): [7-12]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19226885>
43. Gohar F, Greenfield SM, Beevers DG, Lip GY, Jolly K. Self-care and adherence to medication: a survey in the hypertension outpatient clinic. Rev. BMC Complement Altern Med [Internet] 2008 febrero [acceso 6 de marzo de 2013]; 8(4). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18261219>
44. Breau-Shropshire TL, Brown KC, Pryor ER, Maples EH. Relationship of blood pressure self-monitoring, medication adherence, self-efficacy, stage of change, and blood pressure control among municipal workers with hypertension. Rev. Workplace Health Saf [Internet] 2012 julio. [acceso 6 de marzo de 2013]; 60(7): [303-11]. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22767462>

45. Vitor, RS, Sakai, KF; Consoni, PRC. Indicación y adherencia al tratamiento no farmacológico de la hipertensión / Indicaciones y cumplimiento de las medidas no farmacológicas para el tratamiento de la hipertensión. Rev. AMRIGS [internet] 2009 abril-junio [acceso: 2 de marzo de 2013]; 53(2): [117-121]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-522352>
46. Contreras Orozco A. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el Programa de Control de la Hipertensión Arterial de la Unidad Básica de Atención de COOMEVA. Sincelejo (Colombia), 2006. Rev. Salud, Barranquilla [Internet]. 2010 Diciembre [acceso: 4 de marzo de 2013]; 26(2): [201-211]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522010000200004&script=sci_arttext
47. Juárez-García M, Ortiz-Saavedra PJ, Gutiérrez-Fernán-Zegarra L, Casas-Castañeda J. Patrón y costo del tratamiento antihipertensivo para pacientes ambulatorios en un hospital general. Rev. Soc. Peru. Med. Interna [internet] 2008 enero-marzo [acceso 6 marzo de 2013]; 21(1): [17-21]. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=506757&indexSearch=ID>
48. William Martínez J, Villa Perea JA, Jaramillo J, Quintero Betancur AM, Calderón V. Validación del cuestionario de adherencia al tratamiento anti hipertensivo Martín Bayarré Grau. Rev. Med de Risaralda [internet] 2011 diciembre [acceso 5 de marzo de 2013]; 17(2). Disponible en: <http://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/7595>
49. Agámez Paternina AP, Hernández Riera R, Cervera Estrada L, Rodríguez García Y. Factores relacionados a la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. Rev. AMC [internet] 2008 septiembre [acceso 17 de marzo de 2013]; 12 (5). Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2008/v12n5/amc09508.htm>
50. Corugedo Rodríguez M.C, Libertad Martín A, Bayarre Veá H. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Universitario "Manuel Fajardo" en el Municipio Cruces, Cienfuegos, 2009. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2011 [acceso 7 de marzo]; 27(4): [504-512]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252011000400009&script=sci_abstract
51. Pereira Borges JW, Magalhães Moreira TM, Pacheco Rodrigues MT, Oliveira

CJ. Utilização de questionários validados para mensurar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa. Rev. esc. Enferm [internet] 2012 abril [acceso el 13 de marzo de 2013]; 46 (2) Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000200030&script=sci_arttext